



Befragung

**von Patientinnen und Patienten
mit Heimdialyse**

Wie wird's gemacht?

Am besten nutzen Sie zur Beantwortung des Fragebogens einen blauen oder schwarzen Kugelschreiber.

Bei den **meisten Fragen** müssen Sie sich nur **zwischen den vorgegebenen Antworten entscheiden** und das **Kästchen ankreuzen**, das Ihren Erfahrungen am ehesten entspricht.

Zum Beispiel:

Ja

Nein

Wenn Sie Ihre Antwort ändern möchten, so malen Sie bitte das Feld mit dem falschen Kreuz vollständig aus. Ihre ursprüngliche Antwort ist dann ungültig. Sie können nun Ihre neue Antwort ankreuzen. Zum Beispiel:

Ja

Nein

Bei einigen Fragen werden Sie gebeten, **Ziffern** einzutragen. Zum Beispiel: 3 5

Manchmal kommt es vor, dass hinter einer Frage ein Hinweis erfolgt, wie z. B.:

⇒ **Bitte weiter mit Frage 5**

Machen Sie dann mit der Frage weiter, auf die der Pfeil zeigt. Im Beispiel ist das die **Frage 5**.

Bei Nachfragen erreichen Sie uns unter:

Telefon: (030) 58 58 26 - 570

E-Mail: patientenbefragung@iqtig.org (Stichwort „Patientenbefragung QS NET“)

An dieser Stelle bereits herzlichen Dank für Ihre Teilnahme!

Dieser Fragebogen ist an erwachsene Patientinnen und Patienten gerichtet, die aufgrund einer fortgeschrittenen Nierenerkrankung regelmäßig mit Dialyse behandelt werden.

Bei Fragen, die sich auf Ihre Dialyseeinrichtung beziehen, ist immer jene medizinische Einrichtung gemeint, die in dem beiliegenden Anschreiben genannt ist.

Erfahrungen mit dem nicht-ärztlichen Dialysepersonal

- 1) Es geht im Folgenden um Ihre bisherigen Erfahrungen mit dem nicht-ärztlichen Dialysepersonal in Ihrer Dialyseeinrichtung (z. B. das Pflegepersonal oder medizinisch-technische Assistentinnen / Assistenten).

Bitte machen Sie in jeder Zeile ein Kreuz

	Immer	Meistens	Selten	Nie	<i>Ich wollte / brauchte das nicht</i>
Hatten Sie die Möglichkeit, jemanden vom Dialysepersonal zu erreichen, wenn Sie ein Anliegen hatten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hat das Dialysepersonal bei Gesprächen über sensible Themen auf den Schutz Ihrer Privatsphäre geachtet?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Konnten Sie in Gesprächen mit dem Dialysepersonal über Ängste und Sorgen sprechen, die mit Ihrer Behandlung oder Erkrankung zusammenhängen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

- 2) Wie häufig kam es bisher vor, dass Sie sich mit dem nicht-ärztlichen Dialysepersonal in Ihrer Dialyseeinrichtung wegen sprachlicher Schwierigkeiten nicht verständigen konnten?

Oft	Gelegentlich	Selten	Nie
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Erfahrungen mit Ärztinnen und Ärzten in der Dialyseeinrichtung

- 3) Es geht im Folgenden um Ihre bisherigen Erfahrungen mit den behandelnden Ärztinnen und Ärzten in Ihrer Dialyseeinrichtung.

Bitte machen Sie in jeder Zeile ein Kreuz

	Immer	Meistens	Selten	Nie	<i>Ich wollte / brauchte das nicht</i>
Hatten Sie die Möglichkeit, eine Ärztin oder einen Arzt zu erreichen, wenn Sie ein Anliegen hatten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hat eine Ärztin oder ein Arzt nach medizinischen Untersuchungen die Untersuchungsergebnisse mit Ihnen besprochen (z. B. Laborwerte nach Blutuntersuchungen)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben Ihre Ärztinnen und Ärzte bei Gesprächen über sensible Themen auf den Schutz Ihrer Privatsphäre geachtet?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

- 4) Konnten Sie in Gesprächen mit Ärztinnen und Ärzten in Ihrer Dialyseeinrichtung...

Bitte machen Sie in jeder Zeile ein Kreuz

	Immer	Meistens	Selten	Nie	<i>Ich wollte / brauchte das nicht</i>
...über Ängste und Sorgen sprechen, die mit Ihrer Behandlung oder Erkrankung zusammenhängen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...Themen ansprechen, die Ihnen in Bezug auf Ihre Behandlung oder Erkrankung wichtig waren?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

- 5) Wurden die Informationen, die Sie von Ärztinnen oder Ärzten in Ihrer Dialyseeinrichtung erhalten haben, verständlich erklärt?

Immer	Meistens	Selten	Nie
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Ihre Dialysebehandlung

- 6) Wie viele Jahre wurden Sie bisher insgesamt mit Dialyse behandelt?
Bitte runden Sie auf volle Jahre auf.

Ich wurde bisher insgesamt ____ ____ Jahr(e) mit Dialyse behandelt.

- 7) Mit welchem der folgenden Dialyseverfahren wurden Sie in den letzten drei Monaten überwiegend behandelt?

Hämodialyse

Peritonealdialyse (Bauchfelldialyse)

- 8) Werden Sie bei der Durchführung Ihrer Heimdialyse regelmäßig von einer anderen Person unterstützt (z. B. von Angehörigen oder von professionellem Dialysepersonal)?

Ja

Nein

Informationen zu Ihrer Heimdialyse

- 9) Haben Sie in Ihrer Dialyseeinrichtung ausreichende Informationen erhalten, um zu wissen...

Bitte machen Sie in jeder Zeile ein Kreuz

	Ja	Nein	Weiß nicht mehr
...wie Sie Anzeichen von Komplikationen erkennen können (z. B. von Infektionen am Dialysezugang oder einer Bauchfellentzündung)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...worauf Sie in Ihrem Alltag achten sollten, um Komplikationen zu vermeiden (z. B. auf die Einhaltung von Hygienebedingungen)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...an wen Sie sich wenden können, wenn Sie ein Anliegen haben (z. B. bei Fragen zur Erkrankung und Behandlung oder bei Verdacht auf eine Komplikation)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

10) Wurden Sie von Ihrer Dialyseeinrichtung ausreichend vorbereitet bzw. unterstützt...

Bitte machen Sie in jeder Zeile ein Kreuz

	Ja	Nein	<i>Weiß nicht mehr</i>
...um sich im Umgang mit dem Dialysematerial sicher zu fühlen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...um Risiken bei der Durchführung der Dialyse vermeiden zu können (z. B. das Risiko von Infektionen am Dialysezugang)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Information zur Möglichkeit des Wechsels der Behandlungsoption

11) Hat eine Ärztin oder ein Arzt in Ihrer Dialyseeinrichtung mit Ihnen die Möglichkeit besprochen, das Dialyseverfahren zu wechseln (z.B. von Peritonealdialyse zu Hämodialyse oder umgekehrt)?

- Ja
- Nein, obwohl ich es mir gewünscht hätte
- Nein, ich wollte / brauchte das nicht
- Weiß nicht mehr*

Informationen zu Ihren Medikamenten

12) Bitte denken Sie im Folgenden an die Medikamente, die Sie aufgrund Ihrer Nierenerkrankung einnehmen müssen (z. B. Phosphatbinder, Eisen, etc.): Wurden Sie in Ihrer Dialyseeinrichtung darüber informiert...

Bitte machen Sie in jeder Zeile ein Kreuz

	Für jedes Medika- ment	Für die meisten Medika- mente	Nur für wenige Medika- mente	Für gar kein Medika- ment	<i>Weiß nicht mehr</i>
...wofür Sie Ihre Medikamente einnehmen müssen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...wie Sie Ihre Medikamente einnehmen müssen (z. B. zur Mahlzeit oder zu bestimmten Tageszeiten)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...welche Folgen es haben kann, wenn Sie Ihre Medikamente nicht einnehmen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

13) Haben Sie in Ihrer Dialyseeinrichtung in den letzten 12 Monaten neue Medikamente bekommen?

- Ja ⇒ **Bitte weiter mit Frage 14**
- Nein ⇒ **Bitte weiter mit Frage 15**
- Weiß nicht mehr* ⇒ **Bitte weiter mit Frage 15**

14) Wurden Sie von einer Ärztin oder einem Arzt darüber aufgeklärt, welche Risiken und Nebenwirkungen diese neuen Medikamente haben können?

Für jedes Medikament	Für die meisten Medikamente	Nur für wenige Medikamente	Für gar kein Medikament	<i>Weiß nicht mehr</i>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Informationen zu Ihrem Lebensstil

15) Haben Sie in Ihrer Dialyseeinrichtung ausreichende Informationen erhalten, um in Ihrem Alltag sicher beurteilen zu können...

Bitte machen Sie in jeder Zeile ein Kreuz

	Ja	Nein, ich wurde nicht ausreichend informiert	<i>Brauchte ich nicht, weil ich bereits davor ausreichend informiert war</i>	<i>Weiß nicht mehr</i>
...was Sie essen dürfen und was nicht?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...wie viel Flüssigkeit Sie zu sich nehmen dürfen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

16) Wurden Sie in Ihrer Dialyseeinrichtung darüber informiert...

Bitte machen Sie in jeder Zeile ein Kreuz

	Ja	Nein, obwohl ich es mir gewünscht hätte	Nein, ich wollte / brauchte das nicht	<i>Weiß nicht mehr</i>
...wie Sie Empfehlungen zur Ernährung in Ihrem Alltag umsetzen können?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...wie Sie Empfehlungen zu den täglichen Trinkmengen in Ihrem Alltag umsetzen können?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...dass sich körperliche Aktivitäten (z.B. Spaziergehen, leichte sportliche Betätigung, Radfahren) positiv auf Ihre Gesundheit auswirken können?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...welche Möglichkeiten Sie haben, in Ihrem Alltag körperlich aktiv zu sein?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Unterstützung und Hilfsangebote

17) Wenn Sie durch körperliche Beschwerden (z.B. Schmerzen, Energielosigkeit, Schlafstörungen, trockene / juckende Haut oder andere Symptome) beeinträchtigt waren: Wurden Sie bisher in Ihrer Dialyseeinrichtung dabei unterstützt, mit diesen Beschwerden umzugehen?

Immer	Meistens	Selten	Nie	<i>Ich wollte / brauchte keine Unterstützung</i>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

18) Wurden Sie in Ihrer Dialyseeinrichtung darüber informiert...

Bitte machen Sie in jeder Zeile ein Kreuz

	Ja	Nein, obwohl ich es mir gewünscht hätte	Nein, ich wollte / brauchte das nicht	<i>Weiß nicht mehr</i>
...wohin Sie sich wenden können, wenn Sie Beratung zu sozialen Themen benötigen (z. B. zu Krankengeld, Sozialleistungen, Pflegegrad oder berufsbezogenen Themen)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...wohin Sie sich wenden können, wenn Sie psychologische Unterstützung benötigen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...welche weiteren Unterstützungsangebote Sie bei Bedarf in Anspruch nehmen können (z. B. Selbsthilfegruppen, Beratungsstellen)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Fragen zu Ihrem Wohlbefinden

19) Während der letzten vier Wochen: Wie sehr waren Sie aufgrund Ihrer Behandlung oder Erkrankung...

Bitte machen Sie in jeder Zeile ein Kreuz

	Sehr stark	Eher stark	Eher leicht	Überhaupt nicht
...verunsichert?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...besorgt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...angespannt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

20) Während der letzten vier Wochen: Wie sehr waren Sie aufgrund Ihrer Behandlung oder Erkrankung in den folgenden Lebensbereichen beeinträchtigt?

Bitte machen Sie in jeder Zeile ein Kreuz

	Sehr stark	Eher stark	Eher leicht	Überhaupt nicht
Freizeitaktivitäten und Hobbies (z. B. ins Kino gehen, Ausflüge unternehmen, Sport, Spaziergehen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Familienleben	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aktivitäten mit Freunden oder Bekannten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Erledigung von alltäglichen Aufgaben (z. B. Einkaufen, Hausarbeit, Gartenarbeit)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

21) Während der letzten vier Wochen: Wie sehr waren Sie durch die folgenden Beschwerden beeinträchtigt?

Bitte machen Sie in jeder Zeile ein Kreuz

	Sehr stark	Eher stark	Eher leicht	Überhaupt nicht
Erschöpfung, Energielosigkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schlafstörungen (z. B. Probleme beim Ein- oder Durchschlafen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Muskel- oder Gelenkschmerzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Andere Schmerzen (z. B. Kopfschmerzen oder Schmerzen im Brustkorb)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Appetitlosigkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Atembeschwerden (z. B. Kurzatmigkeit)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Einschränkungen in der Sexualität (z. B. Libidoverlust, Erektionsstörungen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hautveränderungen (z. B. trockene Haut oder Ausschlag)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ohnmachts- oder Schwindelgefühl	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Juckreiz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Taubheit oder Kribbeln in den Armen oder Beinen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Magen-Darm-Beschwerden (z. B. Magendruck, Sodbrennen, Durchfall, Verstopfung)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Übelkeit oder Erbrechen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ruhelosigkeit in den Beinen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Trockene oder wunde Mundschleimhaut	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Konzentrationsschwierigkeiten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Veränderungen Ihres Wohlbefindens

22) In den letzten 12 Monaten: Wie sehr hat sich Ihr Wohlbefinden in den folgenden Bereichen insgesamt verändert?

Bitte machen Sie in jeder Zeile ein Kreuz

	Viel schlechter geworden	Eher schlechter geworden	In etwa gleich geblieben	Etwas besser geworden	Viel besser geworden
Körperliche Beschwerden (z. B. Schmerzen, Energielosigkeit, trockene Haut, Juckreiz, Schlafstörungen oder andere Symptome)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Einschränkungen in wichtigen Lebensbereichen (z. B. Alltagsaufgaben, Familienleben, Freizeitaktivitäten, Aktivitäten mit Freunden oder Bekannten)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ängste und Sorgen, die mit Ihrer Behandlung oder Erkrankung zusammenhängen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Fragen zu weiteren Erkrankungen

23) Hat jemals eine Ärztin oder ein Arzt bei Ihnen eine oder mehrere der folgenden Erkrankungen festgestellt?

Bitte machen Sie in jeder Zeile ein Kreuz

	Ja	Nein
Diabetes oder hoher Blutzucker	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schlaganfall	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bluthochdruck	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Herz-Kreislauf-Erkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Chronische Lungenerkrankung (z. B. chronische Bronchitis, COPD, Asthma)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Chronische Erkrankung der Leber	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Anämie (Blutarmut)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Chronische Magen-Darm-Erkrankung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Depression	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bindegewebserkrankung (Kollagenosen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Krebs	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rheumatische Erkrankung (z. B. Arthritis oder Arthrose der Gelenke oder der Wirbelsäule)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Abschließend möchten wir Sie noch um ein paar Angaben zu Ihrer Person bitten.

24) Wann sind Sie geboren?

Geben Sie bitte nur Monat und Jahr Ihrer Geburt an.

____ / _____
Monat Jahr

25) Wie groß sind Sie?

____ Zentimeter

26) Wie viel wiegen Sie?

Bitte geben Sie Ihr Körpergewicht in Kilogramm ohne Kommastellen an.

____ Kilogramm

27) Welches Geschlecht haben Sie?

Weiblich

Männlich

Divers

28) Welcher Familienstand trifft aktuell am ehesten auf Sie zu?

In fester Partnerschaft, zusammenlebend

In fester Partnerschaft, nicht zusammenlebend

Alleinstehend, geschieden, oder in Trennung

Verwitwet

29) Wie viele Personen, einschließlich Sie selbst, leben in Ihrem Haushalt?

____ Personen

30) Ist Ihre Muttersprache Deutsch?

Ja ⇒ **Bitte weiter mit Frage 32**

Nein, ich habe eine andere Muttersprache ⇒ **Bitte weiter mit Frage 31**

31) Wie schätzen Sie Ihre Deutschkenntnisse ein?

Meine Deutschkenntnisse sind:

Sehr gut

Eher gut

Eher schlecht

Sehr schlecht

32) Welchen höchsten allgemeinbildenden Schulabschluss haben Sie?

Noch Schüler/in und besuche eine allgemeinbildende Vollzeitschule

Von der Schule abgegangen ohne Schulabschluss

Hauptschulabschluss (Volksschulabschluss) oder gleichwertiger Abschluss

Polytechnische Oberschule der DDR mit Abschluss der 8. oder 9. Klasse

Realschulabschluss (Mittlere Reife) oder gleichwertiger Abschluss

Polytechnische Oberschule der DDR mit Abschluss der 10. Klasse

Fachhochschulreife

Abitur/Allgemeine oder fachgebundene Hochschulreife (Gymnasium bzw. EOS, auch EOS mit Lehre)

Sonstiges

33) Welchen höchsten beruflichen Ausbildungsabschluss haben Sie?

Noch in beruflicher Ausbildung (Auszubildende/r, Student/in)

Keinen beruflichen Abschluss und nicht in beruflicher Ausbildung

Abgeschlossene Lehre bzw. Berufsausbildung

Meister-, Techniker- oder gleichwertiger Fachschulabschluss

Fachhochschulabschluss

Hochschulabschluss

Sonstiges

34) Wie ist Ihre derzeitige Erwerbssituation?

- Berufstätig, in Vollzeit angestellt oder selbständig (mindestens 35 Stunden)
- Berufstätig, in Teilzeit angestellt oder selbständig (mindestens 15 bis 34 Stunden) .
- Berufstätig, geringfügige Beschäftigung (höchstens 14 Stunden)
- Altersrente
- Erwerbsunfähigkeitsrente
- Hausfrau/-mann
- In Ausbildung, Umschulung
- Mutterschafts-, Erziehungsurlaub, Elternzeit oder sonstige Beurlaubung
- Nicht erwerbstätig

Vielen Dank für Ihre Teilnahme!